



**PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2021 -**

**FORMULARIO DE DATOS PERSONALES DEL AFILIADO CON DISCAPACIDAD**

**ACLARACIONES PRELIMINARES:**

- 1) La totalidad de documentación presentada tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA. Cualquier omisión y/o falsedad en la información consignada, como así también la falta de comunicación fehaciente y en término para el caso de producirse modificaciones en los datos indicados, será pasible de las sanciones y denuncias pertinentes de acuerdo con el régimen jurídico vigente y disposiciones reglamentarias de OSPAC.
- 2) Debe ser completado en su totalidad, con letra clara, en tinta azul o negra. No se admitirán tachaduras, ni enmiendas.

**DATOS PERSONALES**

Nombre y Apellido:	<input type="text"/>				
Afiliado N°:	<input type="text"/>	Plan:	<input type="text"/>		
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Edad:	<input type="text"/>	Género:	<input type="text"/>
Estado civil:	<input type="text"/>	Domicilio:	<input type="text"/>		
Localidad:	<input type="text"/>	Profesión / ocupación:	<input type="text"/>		
Teléfono:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>		

Afiliación a otra obra social:	<input type="text"/>
N° de Afiliado:	<input type="text"/> (copia de credencial de afiliación)

**GRUPO FAMILIAR (destacar aquellos que son convivientes)**

Nombre:	<input type="text"/>	D.N.I.:	<input type="text"/>		
Parentesco:	<input type="text"/>	Conviviente:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	D.N.I.:	<input type="text"/>		
Parentesco:	<input type="text"/>	Conviviente:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	D.N.I.:	<input type="text"/>		
Parentesco:	<input type="text"/>	Conviviente:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	D.N.I.:	<input type="text"/>		
Parentesco:	<input type="text"/>	Conviviente:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>



### DATOS DEL CURADOR O APOYO

En los casos previstos por los arts. 32, 43, concordantes y respectivos del Código Civil y Comercial de la Nación, se deberá **acompañar** copia certificada de la Resolución Judicial y de la inscripción en el Registro Civil.

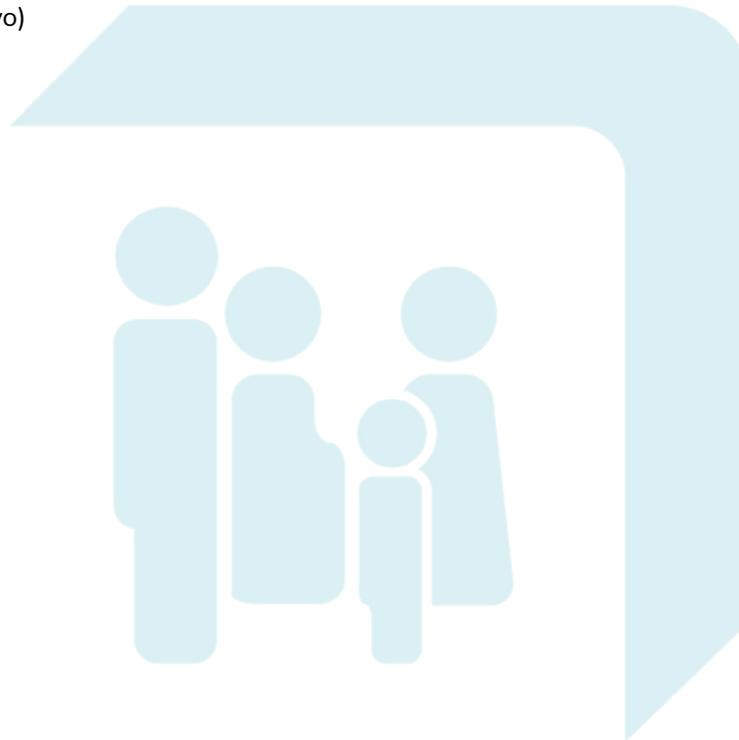
Nombre:  D.N.I.:

Parentesco:  Teléfono:

Fecha:  /  /

-----  
FIRMA DEL AFILIADO (o representante  
legal, curador o apoyo)

-----  
ACLARACIÓN





**PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2021 -  
FORMULARIOS PARA MÉDICOS TRATANTES**

**FORMULARIO DE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

**ACLARACIONES PRELIMINARES:**

- 1) Debe ser completado en su totalidad, sin excepción, por el **Médico tratante Especialista en la Discapacidad involucrada**, quien a la vez es el médico responsable del seguimiento del paciente, de la coordinación y/o supervisión de los profesionales a cargo de la rehabilitación.
- 2) Se solicita **letra clara, en tinta azul o negra**. No se admitirán tachaduras, ni enmiendas.
- 3) En ningún caso, se recibirán los formularios y/o planillas y/o prescripciones que sean extendidos por un médico familiar directo del afiliado.
- 4) En caso de indicarse medicamentos, prótesis, ortesis, o elementos ortopédicos, deberán completarse los formularios pertinentes que posee OSPAC en los sectores respectivos.
- 5) **Todas las prestaciones de rehabilitación/terapias** que se soliciten como consecuencia de la discapacidad, sin excepción, deben ser prescriptas y justificadas por el Médico tratante Especialista en la Discapacidad involucrada. No se admitirán solicitudes de prestaciones por otros profesionales.
- 6) El presente formulario deberá contar con el correspondiente estampillado de Ley.

**DATOS DEL AFILIADO**

Nombre y Apellido:

Afiliado N°:  Plan:

Fecha de nacimiento:  /  /  Edad:  Género:

Peso:  Altura:

**DATOS DEL MÉDICO TRATANTE**

Nombre y Apellido:

Matrícula:  Especialidad:

Domicilio:  Localidad:

Teléfonos:  Email:



## HISTORIA CLÍNICA

Diagnóstico:

## ANTECEDENTES SIGNIFICATIVOS

## INFORME DE EVOLUCIÓN DEL PACIENTE EN EL ÚLTIMO AÑO

Explicitar los estudios realizados y sus informes. Describir la evolución.



**PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2021 -  
FORMULARIOS PARA MÉDICOS TRATANTES**

**FORMULARIO DE VALORACIÓN POR ESCALA FIM**

**IMPORTANTE:**

- 1) Deberá ser completado por Médicos especialistas en rehabilitación y/o neurólogos en caso de patologías motoras puras, y Médicos especialistas en psiquiatría en caso de patologías mentales.
- 2) Los datos por completar en este Formulario serán cotejados con el Formulario de Historia Clínica evolucionada y actualizada, los cuales -en conjunto- serán sometidos a evaluación por parte de Auditoría Médica, que determinará, en caso de ser necesario, la realización de Auditoría de Terreno a efectos de corroborar los datos plasmados en los Formularios con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud. Los ítems incluyen tanto a pacientes motores como mentales, así como a aquellas patologías mixtas.
- 3) La información plasmada reviste el carácter de **Declaración Jurada** y deberá ser acompañada por firma, sello, matrícula y especialidad del Médico interviniente.

Fecha:  /  /

Nombre y Apellido del Afiliado:

D.N.I.:  Afiliado N°:  Edad:

**MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)**

ACTIVIDAD		Puntaje
<b>AUTO CUIDADO</b>		
1	Comida (implica el uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	<input type="text"/>
2	Aseo (implica lavarse la cara y las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, lavarse los dientes).	<input type="text"/>
3	Bañarse (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	<input type="text"/>
4	Vestirse parte superior (implica vestirse de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	<input type="text"/>
5	Vestirse parte inferior (implica vestirse de la cintura para abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse, así como colocar ortesis o prótesis)	<input type="text"/>
6	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	<input type="text"/>
<b>CONTROL DE ESFÍNTERES</b>		
7	Controlar intestinos (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	<input type="text"/>



8	Controlar vejiga (implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas, etc.)	<input type="text"/>
<b>MOVILIDAD – TRANSFERENCIA</b>		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama, y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	<input type="text"/>
10	Transferencia a toilette (implica sentarse y salida del inodoro)	<input type="text"/>
11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrar y salida de la bañera o ducha)	<input type="text"/>
<b>LOCOMOCIÓN</b>		
12	Marcha/silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	<input type="text"/>
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)	<input type="text"/>
<b>COMUNICACIÓN</b>		
14	Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej. escritura, gestos, signos, etc.)	<input type="text"/>
15	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	<input type="text"/>
<b>CONEXIÓN</b>		
16	Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	<input type="text"/>
17	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)	<input type="text"/>
18	Memoria (implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	<input type="text"/>
<b>PUNTAJE FIM TOTAL</b>		<input type="text"/>

**Puntaje:** Todos los ítems deben ser calificados, sin excepción. OSPAC auditará y corroborará cada ítem calificado. Si el logro de la actividad implica riesgos para sí o para terceros o bien necesita dos (2) ayudantes, se califica con 1.

GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE FUNCIONALIDAD
Sin ayuda. Independencia	7 (independencia completa) 6 (independencia modificada)
Dependencia modificada	5 (solo requiere supervisión, no toca al sujeto) 4 (solo requiere mínima asistencia, el sujeto aporta el 75% o más) 3 (requiere asistencia moderada, el sujeto aporta el 50% o más)
Dependencia completa	2 (requiere asistencia máxima, el sujeto aporta el 25% o más) 1 (requiere asistencia total, el sujeto aporta menos del 25%)



### PLAN TERAPÉUTICO INDICADO

EXTENSIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO  meses.

PRESTACIÓN	CANTIDAD Y FRECUENCIA (SEMANAL o MENSUAL)	EXTENSIÓN TOTAL
Fonoaudiología	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psicología	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kinesiología	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estimulación	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temprana	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psicopedagogía	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Terapia Ocupacional	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hidroterapia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Centro de Día	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Centro Educativo Terapéutico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras prestaciones (detallar y justificar médicamente la indicación)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### **FRECUENCIA DE CONSULTAS CON MÉDICO TRATANTE U OTROS MÉDICOS RELACIONADOS A LA DISCAPACIDAD:**

### **INTEGRACIÓN ESCOLAR**

Deberá solicitarse como “Maestro/a de Apoyo” cuando interviene sólo Maestra Integradora. En cambio, si interviene un Equipo o Institución Categorizado debe solicitarse como “Apoyo a la Integración Escolar”.

Nombre de la institución educativa común:

Domicilio de la institución:

Tipo de Integración (Maestra/o de Apoyo o Equipo):

Si asiste a Colegio Especial, aclarar a cuál y qué tipo de jornada:



### TRANSPORTE ESPECIAL

Detallar el lugar de origen:

Detallar el lugar de destino:

Justificación Médica del Transporte especial (expresamente debe describir los motivos que impiden la utilización del transporte público con acompañante):

Dependencia:  SI  NO

-----  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Fecha:  /  /